Rok LIII. Kraków, dnia 24 stycznia 1914. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu rentgenowskiego Dra Zygmunta Steuermarka w Krakowie.

Nowe metody leczenia nowotworów za pomocą promieni Röntgena.

Napisał

Dr Zygmunt Steuermark.

(Odczyt na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Krakowie d. 12 listopada 1913)

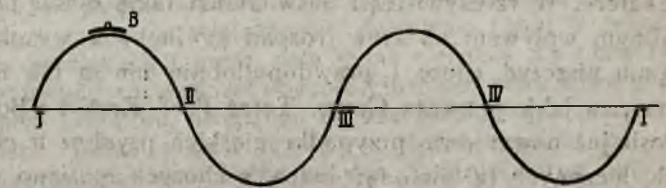
(Dokończenie).

Maszyna Dessauera zbudowana jest na zupełnie innej zasadzie; tutaj nie komutuje się fazy ujemnej na dodatnią, lecz z prądu, wypływającego już z transformatora, przez odpowiednie urządzenie włącznika i ustawienie kabłąków wobec siebie odcinamy niejako te części pojedynczych faz, które posiadają najwyższe napięcie B (Fig. 6) i z których się rodzą następnie promienie wyłącznie twarde, miękkich zaś wogóle nie wytwarzamy.

Reszta prądu zostaje zdławiona w opornicy. Przy odmiennem ustawieniu kabłąków B (Fig. 6) możemy resztą prądu obdzielić jeszcze 3 lampy; w sumie więc możemy równocześnie pędzić 4 lampy, z których każda dostaje po 25 impulsów na sekundę (fig. 5a). Każda z tych czterech lamp może być użyta oddzielnie bez względu na stopień jej twardości. W rzeczywistości wtedy, gdy jedna z nich świeci, inne gasną, pomimo to otrzymujemy wrażenie, jakoby wszystkie cztery świeciły bez przerwy równocześnie, a to dlatego, że pojedyncze błyśnięcia tak szybko po sobie następują, iż na siatkówce wywołują obraz trwałego świecenia. Zapomocą bardzo zwykłego mechanizmu sznurowego możemy dowolną lampę wyłączyć i świecić tylko pozostałemi; prąd, który dotychczas do niej dopływał, płynie do opornicy, a przyrząd pracuje w dalszym ciągu bez przerwy.

W ten sposób możemy naświetlać równocześnie dwóch, trzech, a nawet i czterech chorych, każdego przytem w innej sali; możemy przez blizkie ustawienie lamp obok siebie naświetlać ogniem krzyżowym jednego chorego, nawet z kilku stron, n. p. z góry i z dołu, lub z przodu i z tyłu. Możemy przy odpowiedniej konstrukcyi jednej lampy, która właściwie jest lampą podwójną, z każdej jej polowy przez różne odcinki skóry puszczać dwa snopy promieni, które w głębi skrzyżują się w nowotworze.

Ponieważ każda lampa ma swój milliampèremetr (E. fig. 4), możemy mierzyć z osobna prąd, dochodzący do każdej lampy. Możemy bez przerywania prądu jedną lampę wyłączyć dla zmiany w niej wody chłodzącej antykatodę, lub też dla zastąpienia jej inną lampą, gdy ona nadmiernie się rozgrzeje. Ponieważ każda z lamp dostaje bardzo krótkotrwałe, lecz silne uderzenia i w sumie tylko 25 na sekundę, a nie 50 lub 100, jak w przyrządzie zwanym »Ideal«, przeto rozgrzewa się bardzo mało, a zarazem działanie jej w głąb jest bardzo silne.



Ryc. 6

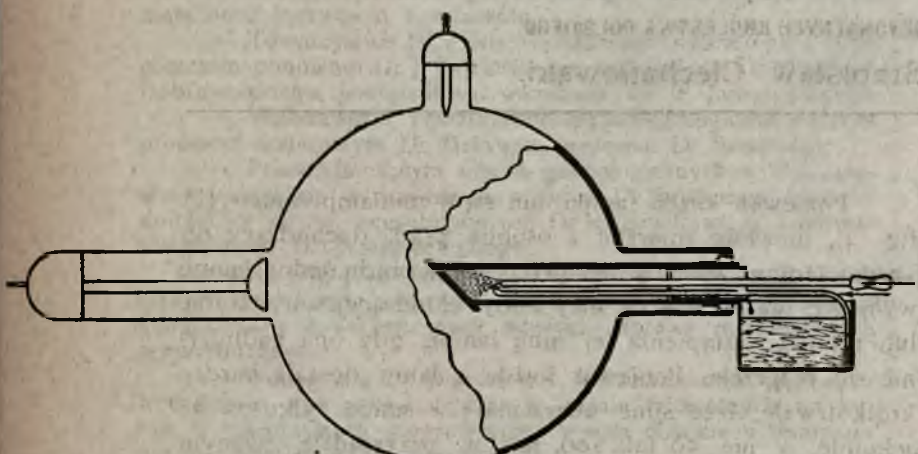
Krzywa prądu zmiennego w maszynie Dessauera.

Maszyna Dessauera w połączeniu z lampami Amrheina (fig. 7) daje tak wielkie ilości promieni twardych, że jak wykazały próby w klinice Sellheima, można pod filtrem grubości 3 mm w ciągu 10 minut z oddalenia 15 cm. przy obciążeniu maszyny 10 amperami, a lampy 4·5 MA uzyskać do 120 x! (fig. 8).

Jestto wynik, którego żadnym dotychczas istniejącym przyrządem nie dało się osiągnąć; praktyka odnosi z tego ulepszenia niezwykłe korzyści. Rzecz jasna, że tak wielkich ilości nikt nie odważyłby się stosować na jedno miejsce, gdyż możnaby tą masą promieni wywołać niebezpieczną dla życia martwicę tkanek w znacznej głębokości. Przypadki takie niestety zdarzały się już w klinice berlińskiej Prof. Bumma, gdzie jedna chora zmarła z powodu martwicy ściany pęcherza, a druga z powodu zgorzeli w jamie brzusznej, sięgającej aż do kości krzyżowej!

Toteż korzyść i postęp leży gdzieindziej: jeżeli wymagania nasze ograniczymy do 20 x, to poświęcimy na ten cel tylko 2—3 minut, a jeśli idzie n. p. o konkretny przypadek naświetlań włókniaków macicy, to przy wyborze 20—25 bram możemy z całą seryą uporać się w ciągu niespełna godziny. Do tego samego celu dochodzimy innymi przyrządami dopiero po 6—10 godzinach, i tu leży właściwy postęp wynalazku Dessauera. Naświetlania ginekologiczne według Gaussa odbywają się zazwyczaj w ten spo-

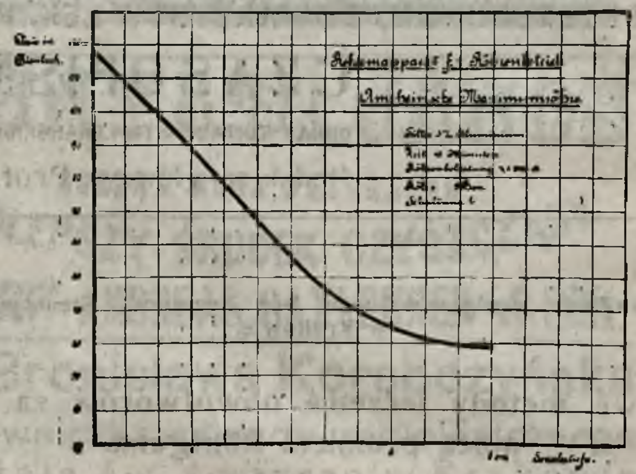
sób, że chora przez dwa dni po 5 godzin dziennie leży pod lampą wśród huku przerywaczy, trzasku iskier, w atmosferze, przesyconej elektrycznością o wysokiem napięciu, oraz mnóstwem błąkających się promieni Röntgena wtórnych, trzeciorzędnych i t. d., nie mówiąc już o wprost nieznośnej, duszącej woni ozonu, którą napełnione jest powietrze w sali. Sam Gauss i jego zwolennicy podają, że chore ich po pewnym czasie popadają w stan pewnego odurzenia (t. zw. »Röntgenrausch«), po którem przychodzi ogromne wyczerpanie i osłabienie, nazwane przez niego »Röntgenkater«. W rzeczywistości naświetlania takie muszą poza zgubnym wpływem na krew (rozpad krwinek) w wysokim stopniu niszczyć chore i prawdopodobnie nie są tak niewinne, za jakie je uważa Gauss. Toteż Prof Krause z Bonn ogłosił już nawet dwa przypadki ciężkich psychoz u chorych, leczonych tą metodą; jedną z chorych musiano następnie przenieść do zakładu obłąkanych. Niebezpieczeństw tych niema przy maszynie Dessauera, tem bardziej, jeżeli naświetlanie wszystkich bram rozdzielimy na 3 lub 4 dni; wtédy zupełnie bez najmniejszej obawy możemy chorych niszych poddać leczeniu twardymi promieniami i stosować nawet tak wielkie dawki, jakie zalecają Gauss, Bumm, Sellheim i cała szkoła francuzka.



Ryc. 7.
Lampa Amrheina.

Na jeszcze jeden, zdaniem mojem niezwykle ważny szczegół chciałem zwrócić uwagę. Z roku na rok powiększa się liczba ofiar promieni Röntgena pomiędzy samymi lekarzami; są to ofiary, rekrutujące się jeszcze przeważnie z tych czasów, kiedy środki ochronne, zabezpieczające lekarzy, mało stosowano i przeważnie lekceważono. Dzisiaj dopiero ponoszą ci lekarze konsekwencye swej lekkomyślności, z jaką narażali się zbyt często przed laty na bezpośrednie działanie promieni. Ówczesnego jednak niebezpieczeństwa nie można nawet porównać z ryzykiem obecnem przy tej nowej metodzie leczenia. Przebywanie codziennie przez szereg godzin w wymienionych wyżej warunkach, w małych, zaciemnionych, licho najczęściej przewietrzanych salkach, mieszczących się nieraz w suterenach, jak się to niestety utarło w wielu zakładach, kryje wielkie niebezpieczeństwo na przyszłość; kierownicy zakładów są niewątpliwie odpowiedzialni za zdrowie swych pracowników, tem bardziej, że dla własnego bezpieczeństwa posługują się nieraz osobno tylko do tego wykształconemi siostrami i asystentkami. Tego ryzyka niema i dla lekarza i dla personalu pomocniczego przy maszynie Dessauera, gdyż przy wielkim nawet ruchu chorych, pracując równocześnie jednym tylko przyrządem, ale czterema lampami, w ciągu jednej godziny naświetlić można 16 chorych, licząc dla każdego po 15 minut.

Uproszczenie więc całej pracy i skrócenie czasu, przez który lekarz lub jego asystenci przebywać muszą wśród tych niehigienicznych warunków, jest bardzo znaczne.



Ryc. 8.
Krzywa dawek wykazanych zapomocą maszyny Dessauera i lampy Amrheina w rozmaitych głębokościach pod powierzchnią skóry.

To też wynalazek Dessauera poza wieloma praktycznemi zaletami, które ocenić i z wdzięcznością przyjąć musi w swej pracy codziennej każdy rentgenolog, jest bardzo wielkim zasadniczym postępem i wprowadzić powinien nową erę w rentgenoterapii nowotworów.



Ryc. 9.
Lampa Mayera-Sellheima.

Dalszem udoskonaleniem, nie wprowadzonem jednak jeszcze dotychczas w praktykę, jest lampa Mayera-Sellheima.

Posiada ona antykatodę, będącą zarazem filtrem, osadzoną w stożkowatej nasadce, którą wprowadzić można do wnętrza nowotworu, do jamy ust, do pochwy lub kiszki stolcowej. W ten sposób zbliżyć można źródło tych twardych i filtrowanych już promieni do ogniska chorobowego, jak się to dzieje przy naświetlaniach radem, lub mezotorem; lampa ta będzie więc mogła zastąpić przetwory promieniotwórcze, o ile rzeczywiście dalsze doświadczenia, przy jej pomocy wykonane, wypadną pomyślnie.

(Po wykładzie nastąpiły projekcye 22 diapozytywów dla objaśnienia głębokich naświetlań, oraz uzyskanych wyników leczniczych).

Piśmiennictwo. 1) Blumental: Der gegenwärtige Stand der Behandlung bösartiger Geschwülste. Berl. klin. Woch. Nr 42 i 43 z r. 1913. — 2) Pinkus i Kloninger: Zur Vaccinationsterapie des Krebses. Berl. klin. Woch. Nr 42, 1913. — 3) Lunckenbein: Die Autolysatbehandlung des Krebses. Münch. med. Woch. 1913. — 4) Werner: Die Radioterapie der Geschwülste. Strahlenterapie 1913, t. II. — 5) Gauss u. Lembcke: Röntgentiefenterapie, 1912. — 6) Gauss: Gynäkologische Tiefenterapie. Strahlenterapie. 1913, t. II. — 7) Regaud, Nogier: Die Einwirkung hoher x-Strahlendosen. Strahlenterapie, 1913, t. II. — 8) Christoph Müller: Die Krebskrankheit und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen und hochfrequenter Elektricität. Strahlenterapie 1913, t. II. — 9) Dessauer: Die physikalischen und technischen Grundlagen der Tiefenbestrahlung. Strahlenterapie 1912, t. I. — 10) Dessauer: Der Wechselstrom — Reform-Röntgenapparat. Zentralblatt für Röntgenstrahlen, Radium und verwandte Gebiete, 1913, t. IV. — 11) Dessauer: Versuche über die harten Strahlen. Münch. med. Woch. 1913. — 12) Werner: Über die chemische Imitation der Strahlenwirkung, Strahlenterapie 1912. — 13) Nagelschmidt: Lehrbuch der Diatermie. — 14) Christoph Müller: Die Röntgenbehandlung maligner Tumoren. Strahlenterapie 1913, t. III. — 15) Kroemer: Über die Einwirkung der Röntgen- u. Mesothoriumstrahlen auf maligne Neubildungen der Genitalien Strahlenterapie, t. III. — 16) Weitzel: Erfahrungen mit der Röntgentiefenterapie. Ibidem. — 17) Holzbach: Theoretisches u. Praktisches zur Röntgentiefenterapie. Ibidem. — 18) Schnée: Zur Technik der Tiefenbestrahlung. Fortschr. a. d. Geb. der Röntg. 1913, t. XX. — 19) Dessauer: Arbeiten auf dem Gebiete der Wechselstrommaschine und des Einzelschlages. Ibidem. — 20) Schmidt: Über die früher und heute erzielten Erfolge der Strahlenbehandlung bei tiefgelegenen Carcinomen. Ibidem. 1913, t. XXI. — 21) Christoph Müller: Tiefenbestrahlung und Diatermie. Ibidem.

Spostrzeżenia z praktyki.

Odra bez wysypki.

podał

Dr. J. Weinsberg.

Odra bez wysypki według Rollyego (Handbuch der inneren Medicin, herausgeg. von Mohr und Staehelin) należy do przypadków nader rzadkich, ale z pewnością spostrzeganych. Właśnie z powodu tej nadzwyczajnej rzadkości podaję niniejszy przypadek do wiadomości lekarzy, a to tem bardziej, że dotyczy mojego własnego dziecka, przezemnie zatem bardzo dokładnie spostrzeganego.

W dniu 18 grudnia 1913 r. wezwano mnie do dziecka, mieszkającego w tym samym domu, co i ja. Stwierdziłem bardzo wybitną i typową wysypkę odrową na twarzy i tułowiu. Wysypka wystąpiła poprzedniego wieczora prawie bez poprzedzających objawów nieżytowych. Z dzieckiem tem jeszcze 17/12 bawiło się czworo innych dzieci z trzech rodzin, między niemi moja siedmioletnia córka. W 9 względnie 10 dni po tej wspólnej zabawie, t. j. 26 grudnia, stwierdziłem u trojga z tych dzieci odrę, rozpoczynającą się u dwojga dzieci po bardzo nieznacznych objawach zwiastunowych i nieżytowych, w trzecim zaś przypadku przez trzy dni ciepłota ciała była dość wysoką, towarzyszył jej silny nieżyt spojówek, nieżyt nosa i oskrzeli, plamki Koplika bardzo wybitne, wreszcie dzień przed wystąpieniem bardzo obfitej wysypki skórnej — wysypka na całej prawie błonie śluzowej jamy ust i gardła.

Moja córka była, jak wspomniałem, czwartem dzieckiem, które narażone było na zakażenie się ze wspólnego źródła. Dnia 26 grudnia 1913 r. dziecko dostało gorączki (37·9°), zaczęło gwałtownie kichać, oczy łzawiły dość obficie, wystąpił suchy kaszel. Przedmiotowo stwierdziłem wyraźny nieżyt spojówek, nieżyt nosa, bardzo nieznaczne zaczerwienienie gardła. Gorączka z nieznacznemi wahaniami trwała tylko dwa dni, nieżyt nosa bardzo znacznie zmalał, nieżyt spojówek i suchy kaszel ustąpiły po dalszych dwóch dniach. Pomimo bardzo częstego i dokładnego poszukiwania nie udało mi się stwierdzić plamek Koplika.

Sądzę, że przypadek ten musi być uważany za odrę bez wysypki, a to z następujących powodów

1) Dziecko moje dotychczas nie przebywało odry;

2) miało bardzo dobrą sposobność zakażenia się, o czem świadczy wystąpienie typowej odry u trojga innych towarzyszów zabawy;

3) choroba u wszystkich dzieci, nie wyjmując mojego, wystąpiła po upływie typowego okresu wylęgania 9—10 dni;

4) u mojego dziecka powstały cechujące odrę objawy nieżytowe właśnie w tym krytycznym czasie.

Wobec niemożności stwierdzenia bakteryologicznego trudno innych dowodów dostarczyć na słuszność mojego przypuszczenia, ale zbieg okoliczności chyba całkiem stanowczo przemawia za trafnością rozpoznania.

Piśmiennictwo bieżące.

Okulistyka.

Genet. **Magnetyczne ziarna śrutu w oczodole. Wydobycie zapomocą elektromagnesu.** (Revue gén. d'opht. 1913 Nr 9). Ziarna śrutu bywają zazwyczaj lane z ołowiu, na który magnes nie ma żadnego wpływu. W niektórych okolicach jednak używają jako śrutu ziarn lanego żelaza. Dobrze o tem wiedzieć, jak to wynika ze spostrzeżenia autora, odnoszącego się do 40-letniej kobiety, która w dzieciństwie jeszcze straciła wskutek postrzału jedno oko, a potem w ciągu lat wielokrotnie dostawała ropni w oczodole i w powiekach i przez całe życie cierpiała na nerwobóle. Rentgenogram wykazał obecność licznych ziarn śrutu w otoczeniu oczodołu, uwięzłych częścią pod skórą, częścią w kościach. Jedno z nich tkwiło w głębi oczodołu, a jedno w górnej powiece. Tylko te dwa ostatnie ziarna były powodem zaburzeń, mianowicie ropienia i bólu. Przystawiony na próbę elektromagnes wywołał niespodziewanie tak znaczne wypuklenie się skóry ponad ziarnem utkwionem w powiece, że skorzystano z tego i po nacięciu skóry wydobyto je tymże magnesem. Taksamo powiodło się wydobyć z dna oczodołu drugie utkwione tam ziarenko i chora opuściła klinikę wolna od wszelkich dolegliwości.

K. W. Majewski.

Terlinck. **Neurorecydywy po salwarsanie.** (Ophthalmology 1912 T. 9. Nr 1). U 25-letniej kobiety wykonano po wystąpieniu wysypki kiłowej guzkowo-plamistej miąższowe wstrzyknięcie 0·6 salwarsanu. We dwa tygodnie potem powstało na obu oczach zapalenie n. wzrokowego ze znacznem osłabieniem wzroku i zwężeniem pola widzenia. Po śródżylnem wstrzyknięciu 0·6 salwarsanu, które poprawiło stan n. wzrokowych, wystąpiło zapalenie tęczówki na prawem oku. W miesiąc później wstrzyknięto jeszcze 0·4 salwarsanu, a w trzy dni potem dostała chora rozległego krwotoku w siatkówce. Wszystkie te zmiany ustąpiły bardzo prędko pod wpływem zażywania jodku potasu. Dla wytłómaczenia tego tak stałego pojawiania się ciężkich zaburzeń po każdej dawce salwarsanu powołuje się autor na teoryę, podaną przez samego Ehrlicha, wedle której krętki, ukryte w mniej dostępnych częściach ciała, n. p. w szpiku kostnym, albo w kanałach Haversa, po wyjałowieniu krwi i przeważnej części innych tkanek ustroju uzyskują wyższy stopień jadowitości i wytwarzają toksyny, zdolne wywołać neurorecydywy. Za teoryą tą przemawia fakt, że neurorecydywy te ustępują po wstrzyknięciu nowej dawki salwarsanu.

K. W. Majewski.

Curtil. **Uwagi o piśmie dla ociemniałych.** (Revue gen. d'oph. 1913 Nr 8). Powszechnie dziś używane i nauczane w zakładach dla ciemnych pismo Braillea posiada

dla poszczególnych liter znaki, składające się z kropek wypukło rzeźbionych. Ślepy zapomocą dotyku wyczuwa liczbę i ułożenie tych kropek i po tem odczytuje litery. Liczba kropek waha się od jednej do sześciu. Ślepi dochodzą do znacznej wprawy w czytaniu tego wypukłego druku. Autor podnosi jednak pewne jego strony ujemne. Pismem Braillea mogą ciemni posługiwać się tylko w stosukach między sobą. Z pośród widzących nikt prawie pisma tego nie zna. Należałoby obmyśleć konstrukcyę maszyn do pisania, zapomocą których ślepi mogliby wybijać litery zwyczajne, a widzący wypukłe znaki Braillea. K. W. Majewski.

Położnictwo i ginekologia.

Klotz. **O wpływie naświetlania i śródżylnego leczenia chemicznego na niedającego się zoperować raka macicy.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 31). Autor podaje metodę, jaką zastosował w 13 przypadkach nienadającego się do operacyi raka macicy. Leczy on równocześnie naświetlaniem (200—400 X, 800—1300 mg radu) i śródżylnem wprowadzaniem kolloidalnego kobaltu, jak również naświetlaniem i wprowadzaniem surowicy chorych rakowych.
A. Markowa.

Schutte. **Pęknięcie macicy po pituglandolu.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 32). Autor opisuje przypadek pęknięcia macicy po wstrzyknięciu pituglandolu. Pituglandol wstrzyknięto w okresie wydalania płodu przy zupełnie rozwartem ujściu i słabych bólach w celu uratowania życia dziecka. Niestosunek porodowy spowodowany był wielkością płodu (obwód głowy $37^1/_3$ cm, waga 4·5 kg.). A. Markowa.

Vogt. **Choroba Addisona a ciąża.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 33). Stwierdzając niezmierną rzadkość ciąży u kobiet dotkniętych chorobą Addisona, zaznacza autor, że ciąża przebiegać może w tych razach bez zaburzeń, i że ze względu na złe rokowanie dla matki, zależne od choroby głównej, niema wskazań do przerwania ciąży. Rokowanie dla dzieci, nawet niedonoszonych, nie jest złe.
A. Markowa.

Sippel. **Leczenie włókniaków macicy zapomocą promieni Röntgena.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 40). Pomysł leczenia włókniaków zapomocą promieni Röntgena zawdzięczamy Albers-Schönbergowi. Datuje się on z roku 1909, a oparty jest na stwierdzonem wybiórczem (elektywnem) działaniu promieni na jajnik, polegającem na niszczeniu mieszków, a co za tem idzie, usunięciu czynności jajnika. Czy działanie promieni na tem się kończy, nie wiemy, gdyż nie znamy istoty tego działania ani w odniesieniu do komórki jajowej, ani w odniesieniu do innych tkanek, a nieświadomość nasza jest tem większą, że okres utajenia przy działaniu promieni Röntgena jest długi. Stwierdzono dotąd przypadki martwicy wątroby, płuca, mięśni międzyżebrowych, uporczywe biegunki, prostracyę fizyczną, depresyę moralną. Nie będąc przekonanym o nieszkodliwości tej metody, uważa autor za teren nieograniczony dla jej stosowania raki, nienadające się do operacyi, i to nawet podług szkoły fryburskiej. Sam autor przy leczeniu włókniaków stosuje oględną metodę Albers-Schönberga, i to tylko wobec włókniaków, rosnących ku światłu macicy i wywołujących obfite krwawienia u osób, blizkich okresu przekwitania. Zresztą zaś przekłada autor drogę operacyjną ze względu na objawy braku czynności jajników u osób młodych, zwyrodnienia złośliwe (4%), kombinacyę z rakiem (2%), skręty szypuły, równoczesne różne schorzenia przydatków, szybki wzrost, martwicę i brak działania przy włókniakach podsurowiczych. A. Markowa.

Brommer. **Metoda Bergoniego, a powłoki brzuszne i dno miednicze położnic.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 42). Przyrząd Bergoniego stosowany był dotąd w celu leczenia otyłości zapomocą prądu elektrycznego i indukcyjnego o pewnem napięciu, który to prąd pobudza do rytmicznych skurczów duże grupy mięśni, nie sprawiając ani bólu, ani nieprzyjemnego uczucia. Przyrząd ten w odpowiedniej odmianie powinien zdaniem autora znaleźć olbrzymie zastosowanie przedewszystkiem w położnictwie. Prąd, działający na mięśnie brzucha i dna miedniczego, pobudza je do skurczów. Jest to więc najlepszy rodzaj mięśniowej gimnastyki, której wyniki usuwają takie skutki ciąży i porodu, jak rozstęp mięśni prostych, obwisły brzuch, zaparcie stolca, wypadanie pochwy i t. d. Leczenie rozpoczyna się w warunkach prawidłowych 5. dnia po porodzie, posiedzenia trwają od 15 minut do trzech kwadransów. Ten sposób leczenia nie wywiera ujemnego wpływu ani na pokarm, ani na odchody, zwijanie się macicy postępuje szybciej, apetyt się wzmaga, w 1—3 godzin po posiedzeniu następuje niebolesne wypróżnienie. Powłoki brzuszne jędrnieją szybko, rozstęp mięśni prostych znika. Działanie na dno miednicze pobudza mm. unoszące nawet do przerostu, co może mieć wielkie znaczenie zapobiegawcze. W ten sam sposób stosował autor prąd elektryczny w drugim tygodniu po operacyach brzusznych w celu pobudzenia osób operowanych do czynnego używania mięśni brzusznych pobudzenia przemiany materyi, apetytu i wypróżnień.
A. Markowa.

Bollag. **Przyczynek do leczenia pokrzywki w połogu zapomocą przetworów wapniowych.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 45). Autor opisuje przypadek ciężkiej pokrzywki u położnicy. Etyologia tego przypadku pozostała niejasną, gdyż jakkolwiek chora spożywała truskawki i weronal, to przecież następne dawki weronalu nie wywołały nawrotu. Objawy, niezmiernie ciężkie i rozległe, ustępowały dopiero w kilkanaście godzin po wprowadzeniu pod skórę przetworu »calcine«. A. Markowa.

Organizacya pracy lekarskiej w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie

skreślił

Dr J. Brudziński

lekarz naczelny szpitala.

(Dokończenie.)

Wszelkie inne badania, zarówno bakteryologiczne, jak chemiczne, wykonują lekarze prowadzący dane łóżka w pracowni sami, przy pomocy i w razie potrzeby pod kierunkiem kierownika pracowni. Wyjątkowo odpowiedzialne i trudne badania mogą być powierzone wyłącznie lekarzowi prowadzącemu pracownię przez ordynatorów odpowiednich oddziałów. Do pracowni centralnej przy oddziale chorób wewnętrznych napływają również zebrane na podłożach wydzieliny z oddziału błoniczego. Badaniu takiemu powinien być poddany każdy chory, podejrzany co do błonicy, umieszczony odrazu na oddziale błoniczym w boksie, czy też w razie większych wątpliwości na oddziale obserwacyjnym. Odpowiedzi pracowni powinny być dołączane do kart szpitalnych. Oddział płoniczy ma swoją osobną pracownię, dostatecznie zaopatrzoną dla badań bakteryologicznych i chemicznych, dla celów klinicznych; posługiwać się może pracownią centralną w przypadkach wyjątkowych, wymagających jakichś ściślejszych metod, czy doświadczenia, czy wreszcie w przypadkach, dla których odpowiednich przyrządów nie posiada.

Wizytacya ordynatora oddziału chorób wewnętrznych ogólna odbywa się dwa razy na tydzień o godz. 10. rano we wtorki i w piątki w jednym tygodniu, we wtorki i soboty w następnym, a to w celu umożliwienia lekarzom pracującym w ambulatoryum wzięcia udziału w wizycie choć raz na dwa tygodnie. Zaczyna się stale wizyta od oddziału niemowląt, poczem przechodzi na salę ogólną chorób wewnętrznych, następnie na salę gruźliczą, wreszcie

na oddział chorób jelit, następnie na stacyę obserwacyjną. o ile przebywają na niej chorzy. Raz na dwa tygodnie (we wtorki) wizyta ogólna przechodzi na oddziały zakaźne, najpierw na oddział zakaźny zapasowy (błoniczy), następnie na płoniczy. Na oddziale błoniczym i płoniczym informującym co do stanu chorych jest ordynator oddziałów zakaźnych, który ze swej strony odbywa wizyty oddziałowe codzienne ze swymi pomocnikami. Na oddziale chorób wewnętrznych każdy, prowadzący łóżka, zdaje sprawę ordynatorowi z przebiegu choroby, lub uzasadnia rozpoznanie u nowo przyjętego chorego. Ordynator na każdej wizytacyi wybiera jeden przypadek, który przedstawia zebranym on sam lub kolejno jeden z asystentów oddziału w postaci krótkiego wykładu klinicznego. Demonstracya taka chorego odbywa się już nie na sali, ale w urządzonym przy oddziale wewnętrznym pokoju do badania chorych.

Eksterni. W pierwszym roku działalności szpitala do zajęć na oddziałach nie będą dopuszczani inni lekarze oprócz lekarzy, zaangażowanych odrazu przy otwarciu szpitala i wprowadzonych na etat. Personal musi nabyć rutyny, że się tak wyrażę, zgrać się ze sobą, co stać się może jedynie w gronie osób nie przypadkowo, ale celowo dobranych. W pierwszym też roku wiele energii zużyje się na organizacyę pracy, więc wszelkie rozstrzelanie się, choćby w celach kształcenia innych młodszych lekarzy, psułoby ustalający się tryb i porządek. W następnym roku działalności szpitala lekarze przyjmowani będą do szpitala na następujących zasadach. Lekarz naczelny prowadzi listę kandydatów, liczba kandydatów dopuszczanych w danej chwili jest ograniczona, przeładowanie bowiem oddziałów eksternami odbija się równie ujemnie na działalności oddziału, jak zbyt mała liczba pracujących na oddziale lekarzy. Na oddziale chorób wewnętrznych z jego poddziałami pracować może jednocześnie oprócz stale zajętych lekarzy, trzech eksternów, tak, aby każdy z nich mógł pracować razem z jednym ze stałych pomocników. Po trzech miesiącach, o ile ordynator uzna to za możliwe, powierza eksternom prowadzenie łóżek, ale przez trzy miesiące odpowiedzialnymi za łóżka przed ordynatorem są jeszcze stali pomocnicy, dopiero po upływie pół roku pracy na oddziale ordynator może powierzyć łóżka do prowadzenia więcej samodzielnego eksternom. Oczywiście, iż w tym względzie może ordynator czynić odstępstwa od zasady, zależnie od opinii, jaką sobie o eksternie wyrobi. Eksterni, zgłaszający się do naczelnego lekarza, powinni odrazu określić, jakie mają zamiary, czy pragną wykształcić się w pedyatryi i pracować czas dłuższy; w takim razie zajęcia ich rozkłada lekarz naczelny w ten sposób, aby w przeciągu czasu, który na to chcą poświęcić, mogli przejść wszystkie oddziały. Czas najkrótszy dla takich kandydatów określa się na rok, wtedy tylko pretendować mogą do wydania świadectwa. Kandydaci zobowiązują się również do pracy w pracowni i do opracowywania naukowego materyału szpitalnego podług wskazówek ordynatora. Po skończeniu pracy na oddziale powinni w drugiem półroczu pracy swej w szpitalu godzinę poświęcać pracy w ambulatoryum, dla nabycia pewnego doświadczenia i w tym zakresie. Oprócz tego dwa razy na tydzień zobowiązują się uczestniczyć w wizytacyach lekarzy internów o godz. 5. po poł. i dla obeznania się z przyjmowaniem chorych do szpitala asystować internowi przy tej czynności. Dla obeznania się z zabiegami takimi, jak intubacya, porozumiewają się z internem prowadzącym oddział błoniczy i asystują przy wykonaniu zabiegu. Przedtem powinni obeznać się teoretycznie z zasadami zabiegu i nabyć technicznej wprawy w ćwiczeniach na fantomie, które będą dla eksternów systematycznie prowadzone przez lekarza, upoważnionego do tego przez ordynatora, w czasie z góry wyznaczonym. Eksterni podczas pobytu na oddziale powinni nauczyć się wszelkich niezbędnych zabiegów, metod rozpoznawczych i wykazać się ich znajomością przed naczelnym lekarzem dla otrzymania świadectwa. Po roku ordynator może przedłużyć eksternowi pobyt w szpitalu po porozumieniu się z lekarzem naczelnym jeszcze na rok. Po upływie dwóch lat ekstern opuszcza szpital nieodwołalnie z wyjątkiem tych przypadków, gdy wskutek wakansu obejmuje etatowe miejsce w szpitalu. Oprócz tego przyjmowani będą do szpitala lekarze, którzy pragną uzupełnić swe wiadomości w zakresie pedyatryi, a rozporządzają ograniczonym czasem; należą do tej kategoryi lekarze prowincyonalni lub lekarze, gotujący się do wyjazdu na prowincyę. Takich kandydatów może lekarz naczelny dopuszczać nadliczbowo, dbając jednak zawsze o to, aby oddziały nie były przeładowane i przez to nie dezorganizowała się praca i nie zakłócał się spokój, niezbędny dla chorych, których przemęczać badaniami lekarskiemi w żadnym razie nie wolno. Na wizytę ordynatorską we wtorki i piątki jako goście mogą uczęszczać, również w ograniczonej liczbie, lekarze, którzy czy to doraźnie przez czas pewien pragną uczęszczać do szpitala, czy też, nie mogąc na razie wskutek braku miejsca dostać się na eksternów, wyczekują swej kolei i pragną wyzyskać ten czas. Lekarze, uczęszczający na wizyty, nie mają prawa badania chorych poza wizytą, a jedynie na wezwanie ordynatora badać mogą chorych przedstawianych, z zachowaniem zawsze zasady nie męczenia chorych przez zbyt licznych badających.

Sprawa eksternów w każdym szpitalu jest ważną, nieodpowiednio bowiem uregulowana nie daje korzyści szpitalowi, pomimo, iż eksterni dają swoją pracę bezinteresownie i nie daje również korzyści eksternom, którzy opuszczają szpital rozgoryczeni lub też nieprzygotowani odpowiednio jako specyaliści. W jednym i w drugim przypadku opinia szpitala cierpi na tem. Upowszechnił się zwyczaj, zwłaszcza w Warszawie, że eksterni uczęszczają na oddziały przez cały szereg lat; niektórzy przechodzą poprzednio okres oficyalnej asystentury, inni odrazu pracują w charakterze eksternów. W początkach kształcą się sami i chętnie swą pracę dają oddziałowi, z biegiem czasu, nie mogąc liczyć na otrzymanie samodzielnego stanowiska, uczęszczają w dalszym ciągu na oddział, wciąż pracując bezinteresownie i bez określonego bliżej stanowiska, gdyż jest ono zależne wyłącznie od dobrych stosunków z ordynatorem. Z drugiej strony ordynatorzy, nie mając na niektórych oddziałach dostatecznej pomocy asystenckiej, stają się zależni od takich wieloletnich eksternów, bez których oddział wprost nie mógłby prawidłowo działać. Jest to nienormalny stan rzeczy, zarówno ze względu na nieokreślone stanowisko takich eksternów i wyzysk ich pracy, jak i ze względów pracy ordynatora i jego obowiązków. Nie da się zaprzeczyć, że wszędzie, nawet na klinikach, nietylko w szpitalach, podstawą działalności oddziałów są asystenci. Ordynator czy profesor nadaje naczelny kierunek, jest stałym konsultantem i powinien być inicyatorem w sprawach pracy naukowej i rozszerzenia zakresu pracy klinicznej. W tej jego działalności tacy długoletni asystenci eksterni mogą być niekiedy znakomitą pomocą, o ile uznanie ich dla pracy ordynatora nie uległo z biegiem lat zmianie; jeżeli jednak, czy z winy kierownika, czy z winy asystentów, harmonia ich pracy uległa zakłóceniu, stają się oni nawet zawadą i czynnikiem wpływającym nader ujemnie na młodszych asystentów i ich stosunek do kierownika oddziału.

Ordynator w przypływie coraz nowych młodych sił znajduje podnietę do pracy, sposobność do podzielenia się swem doświadczeniem, i o ten przypływ młodych zarówno ze względu na dobro chorych, jak i na działalność dydaktyczną oddziału bezwarunkowo i przedewszystkiem dbać należy. Dlatego też sprawa asystentów eksternów, wprowadzonych na etat, i eksternów, pracujących w charakterze lekarzy nieetatowych, powinna być z góry uregulowana. Asystenci oddziałowi mają z ordynatorem umowę z terminem na trzy lata. Termin ten może być przedłużony przez ordynatora na dalsze trzechlecie, pożądane jest

jednak dalsze nieprzedłużanie terminu asystentury, gdyż znowu tamuje się dostęp do stanowisk etatowych siłom młodszym. Rozdrabnianie oddziału jest rzeczą niepożądaną, więc tacy kilkoletni asystenci nie mogą liczyć na otrzymanie samodzielnej ordynatury; pozostawanie dalsze w szpitalu po zejściu z etatu w charakterze eksternów bezinteresownie pracujących z trudem da się pogodzić z dobrą organizacyą szpitalną. Jedynie lekarze, którzy dali dowody niezwykłego uzdolnienia do pracy naukowej, dla których wyjście z oddziału równałoby się pozbawieniu ich warsztatu pracy i byłoby krzywdą dla nauki ojczystej, powinni bez względu na to, czy byli asystentami etatowymi, czy eksternami, znajdować jaknajdłuższą i jaknajmilszą gościnę, dopóki los nie zgotuje im samodzielnego i lepszego warsztatu pracy. O takich ludzi dbać powinien kierownik szpitala, ułatwiając im materyalnie możność pracy, o ile tego potrzebują, i ułatwiając korzystanie z materyału naukowego. Jeżeli nawet zaćmią kierownika sławą swego imienia, napawać go to powinno dumą, że na jego oddziale do tego doszli, że im to ułatwił; wystarczyć mu powinna taka zasługa wobec nauki ojczystej. Dla tej kategoryi pracowników należałoby się starać o osobne dotacye naukowe. Każdy szpital powinienby rozporządzać ze źródeł prywatnych czy społecznych pewnym funduszem, choćby z roku na rok na ten cel zbieranym.

Co się tyczy właściwych eksternów, nie należących do etatu lekarskiego, to ci powinni być przyjmowani, jak już wspomniałem wyżej, na ściśle określony przeciąg czasu, najdłużej do lat dwóch, potem dzielniejsi z pośród nich mogą zająć wolne w danej chwili stanowiska etatowe.

Całą pracę oddziałową powinni spełniać etatowi pomocnicy; eksterni wtedy stają się daleko więcej pożyteczni i dla oddziału, bo rozszerzają przez swą dodatkową pracę jego działalność i dla siebie, bo nie wciągnięci do szarej codziennej roboty, kształcą się systematycznie. Kierownik oddziału nie jest skrępowany tem, że dają swą pracę bezinteresownie, bo pracują przedewszystkiem dla własnej korzyści. Eksterni muszą się poddawać regulaminowi ogólnemu i przedewszystkiem, jak i cały personal, powinni stawać do pracy punktualnie.

Od punktualności personalu zależy całe życie instytucyi. Lekarze w pierwszym rzędzie nie powinni dezorganizować życia instytucyi przez swą niepunktualność, co niestety, wskutek poczęści nieuregulowanej sprawy wynagrodzenia lekarzy w szpitalach, jest dotkliwie bolesnym punktem działalności naszych szpitali. W naszym szpitalu sprawa wynagrodzenia lekarzy została choć w skromnej mierze uregulowaną, poza tem w wyborze personalu kierowano się obok innych zalet — pracowitością, obowiązkowością. Jeżeli dodać do tego, że do punktualności łatwo się włożyć, zyskuje się bowiem więcej czasu przez ściśle uregulowanie godzin pracy, nie tracenie czasu na oczekiwanie wzajemne, — bez złudzeń wyrazić można pewność, że trudności z tego powodu dla kierownika nie powstaną, a gdyby powstawały, muszą być zwalczone. Postulat punktualności ze strony personalu lekarskiego musi być przez naczelnego kierownika stawiany absolutnie, bez koleżeńskich uwzględnień; nieubłagany pod tym względem musi być kierownik przedewszystkiem dla siebie, a wtedy ma prawo być takim i dla innych. Eksterni muszą się poddać temu warunkowi na równi z personalem etatowym, inaczej nie mogą liczyć na otrzymanie samodzielnej, więcej odpowiedzialnej pracy przy chorych.

Nasz materyał lekarski wdrożyć się do takiej systematyczności umie, najlepszy dowód, że młodsi lekarze nasi podczas pracy w klinikach i szpitalach zagranicznych poddają się najsurowszym wymaganiom. Poddadzą się im i u nas, gdy spostrzegą, że życie instytucyi cechuje taka sama systematyczność, zborność, jakie cechują instytucye zagraniczne. Poczucie porządku u nas nie gorsze jest, niż u innych narodów, nie trzeba tylko zawsze i wiecznie przed światem i przed sumieniem własnem zasłaniać się temi znanemi »to nie na nasze warunki«, »to nie z naszym personalem« i t. d. i t. d., a wiele i u nas w tym kierunku dokonać można.

W szpitalu im. Karola i Maryi praca lekarska rozpoczyna się o godz. 9. rano. Interni, jak zaznaczyłem, rozpoczynają pracę wcześniej, o 8. Lekarze, prowadzący łóżka, powinni przedewszystkiem opisać nowych chorych, zbadać i udzielić wyjaśnień dozorczyni co do chorych dawniejszych. Dopiero po załatwieniu tej niezbędnej dla chorych szpitalnych części pracy, rozpoznaniu ich cierpienia i zapewnieniu im odpowiedniej opieki, mogą być wykonywane dodatkowe badania kliniczne, pracowniane i t. d. Do godziny 12. praca lekarzy przy chorych na salach powinna być całkowicie zakończona, ani dzieci, ani dozorczynie nie mogą być odrywane od obiadu. Jest to warunek konieczny, zarówno dla porządku, jak i dla istoty rzeczy, żywienie bowiem chorych dzieci jest jednem z ważniejszych zadań ich pielęgnowania i dzieci muszą być przez dozorczynię spokojnie i odpowiednio obsłużone. Poza tem opóźnianie obiadu dla dzieci opóźnia obiad dozorczyń, a co za tem idzie, służby i t. d.

Regulamin rozpoczynania pracy o 9. i kończenia jej o 12. na salach dotyczy wszystkich oddziałów szpitalnych, a więc i chirurgicznego, stoi bowiem w ścisłym związku z normalnem życiem całego szpitala pod względem administracyjnym. Poza tem ordynator oddziału chirurgicznego rozkłada pracę na swoim oddziale w zależności od odmiennych warunków działalności oddziału chirurgicznego, uwzględnić jednak powinien rozkład ogólny pracy dozorczyń w porozumieniu z ich przełożoną i rozkład pracy internów. Oddział chirurgiczny nie może być w szpitalu dziecięcym jakąś wyosobnioną jednostką, styka się on w swej działalności, poza sprawami administracyjnemi, wspólnemi dla całego szpitala, z działalnością innych oddziałów. Na innych oddziałach często bywa potrzebna rada i pomoc chirurga, dlatego też na wszystkich oddziałach zakaźnych urządzono salki sterylizacyjne i salki operacyjne dla zapewnienia racyonalnej pomocy chirurgicznej w powikłaniach chorób zakaźnych. Ta strona działalności personalu chirurgicznego musi być uwzględniona w rozkładzie zajęć oddziału, z jednej strony bowiem nie pożądane jest wykonywanie jakichś zabiegów na oddziałach zakaźnych równocześnie z zabiegami na oddziale chirurgicznym, z drugiej strony pożądane jest, aby przy tem obecny był personal lekarski odpowiedniego oddziału zakaźnego, co następuje w godzinach przedpołudniowych. Dlatego też ordynatora chirurgicznego powinien zawiadamiać lekarz odpowiedniego oddziału zakaźnego na dzień naprzód o konieczności jego oględzin i interwencyi, aby sobie ordynator oddziału chirurgicznego mógł odpowiednio czas rozłożyć. Zabiegi, które ordynator powierzyć może asystentowi mogą być najlepiej wykonywane przez niego w godzinach, popołudniowych, na oddziałach zakaźnych w obecności interna oddziału zakaźnego lub interna dyżurnego.

Wspominaliśmy już niejednokrotnie o szczególnem niebezpieczeństwie zawlekania chorób zakaźnych na oddziały chirurgiczne, dlatego też dyżurni interni szczególniejszą uwagę zwracać powinni przy swych wizytacyach na dzieci oddziału chirurgicznego pod tym względem, a ordynator oddziału chirurgicznego powinien jaknajczęściej przypominać swemu personalowi o konieczności przestrzegania zarządzeń, wydanych w celu zapobieżenia zawleczeniu zakażenia.

Materyał oddziału chirurgicznego nie powinien być obcym reszcie personalu szpitala, dlatego też ordynator oddziału urządzać będzie raz na dwa tygodnie we czwartki demonstracyę przypadków ciekawszych, czy pod względem rozpoznania, przebiegu, czy zabiegów zastosowanych; w zamian za to proszony będzie wraz z personalem oddziału chirurgicznego raz na dwa tygodnie w soboty o udział w przeglądzie chorych oddziału wewnętrznego.

Specyaliści laryngolog, okulista i dermatolog, oprócz

przyjmowania chorych w ambulatoryum, są również konsultantami na oddziałach. Aby jednak ta druga strona ich działalności mogła się godzić z pierwszą, muszą oni też wiedzieć naprzód, na który oddział i do jakiej liczby dzieci będą wezwani. Lekarze odpowiednich oddziałów w przeddzień wizyty specyalisty zawiadamiają go o tem, przypadki nie cierpiące zwłoki bada specyalista tegoż dnia, inne może odłożyć do następnej bytności lub wyznacza dzień i godziny osobne, o ile chodzi o wykonanie jakiegoś zabiegu. Specyaliści stosować się jednak powinni do normalnego rozkładu zajęć w szpitalu, w porze obiadowej konsultacye ich odbywać się nie mogą.

Wszystkich ordynatorów obowiązuje wspólny regulamin co do uwalniania chorych ze szpitala, chory może być wypuszczony jedynie za wiedzą ordynatora. Zdarza się jednak, że w nieobecności ordynatora rodzice prawie przemocą zabierają dziecko; wtedy intern dyżurny wypuszcza dziecko, robiąc odpowiedni dopisek co do warunków, w jakich dziecko zabrano. Na każdej karcie szpitalnej ordynator wypełnia sam rubrykę »epicrisis«, lekarz prowadzący dane łóżko zdaje przy tem sprawę ordynatorowi z przebiegu, ze stanu chorego przy opuszczeniu szpitala, z wyników leczenia. Ordynator wyciąga z tego i ze swej własnej obserwacyi chorego podczas wizyt, wnioski ostateczne i te wpisuje jako »epicrisis« i podpisuje.

Taka narada nad każdym chorym przy wyjściu jego ze szpitala wypadnie na korzyść obu klinicystów, zarówno więcej, jak i mniej doświadczonego; ten drugi wnosi bezpośredniość obserwacyi, pierwszy przedmiotowość i większe osobiste doświadczenie. Takie wnioskowanie ostateczne, spisane na każdej karcie szpitalnej, ułatwi znakomicie oryentowanie się co do danego przypadku każdemu, opracowującemu po latach nawet dany temat z materyału oddziału.

W nakreślonym planie organizacyi pracy lekarskiej, ułożonym na zasadzie długoletniego doświadczenia szpitalnego, życie niechybnie zaprowadzi zmiany i życzyć sobie takiego postępu w rozwoju tej sprawy należy. Niezbędne jest jednak, aby personal lekarski od samego początku działalności instytucyi miał przed oczyma wyraźnie nakreślony plan, inaczej nawet przy najlepszych chęciach i najcelniejszych zaletach personalu jednolitość działalności z wielkim trudem się wytwarza, o brak zborności w ruchach ciała zbiorowego rozbijają się najlepsze zamierzenia.

Zwykło się mówić, odkładając nakreślenie takiego planu na później, — »życie samo to wyrobi« — »życie wskaże«, a czemże jest w gruncie rzeczy to życie, jak nie wypływem wskazań woli? — Gdy tych wskazań brak ze strony naczelnego kierownictwa, zjawić się muszą skądinąd, bo życie musi naprzód iść, ale już wtedy nie zawsze po linii, po której chcieli je pchnąć organizatorzy instytucyi.

Konkurs »Przeglądu lekarskiego«.

Za najlepsze sprawozdania poglądowe, drukowane w »Przeglądzie lekarskim« w r. 1913, przyznał sąd konkursowy dr. Janowi Nowaczyńskiemu nagrodę 200 koron (za dwie prace), a dr. Tadeuszowi Tempce nagrodę 100 koron (za jedno sprawozdanie).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« ogłasza podobnie, jak w latach poprzednich, konkurs na sprawozdanie poglądowe, przedstawiające współczesny stan któregokolwiek z zagadnień, będących na dobie w medycynie. Sprawozdanie nie powinno przekraczać jednego arkusza druku.

Za najlepsze sprawozdanie, wydrukowane w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1914, przyznane zostaną nagrody, na które przeznaczono 200 koron.

Przyznanie nagród nastąpi w ciągu stycznia 1915.

Wiadomości bieżące.

Zasłużony oftalmolog polski, autor licznych prac, odznaczających się oryginalnością poglądów, dr. Kazimierz Noiszewski, docent Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, obchodzi w roku bieżącym trzydziestolecie pracy lekarsko-naukowej i społecznej. Rocznicę tę uczci »Polski Związek lekarzy i przyrodników« w Petersburgu obchodem jubileuszowym w d. 30 stycznia (17. I st. st.) b. r.

Do składanych Szanownemu Jubilatowi w dniu tym życzeń najserdeczniej się przyłączamy.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 21. I. 1914. posiedzenie, na którem prym. Borzęcki, prof. Kostanecki i prof. Rosner przedstawiali chorych i preparaty, poczem prof. Dr Talko-Hryncewicz miał wykład p. t. »Antropologia i jej stosunek do medycyny«. W dyskusyach przemawiali prof. Browicz, Ciechanowski, Gliński, Hryncewicz, Kader, Kostanecki, Wachholz, dr. Blassberg. H. Hirsch, Janiszewski, J. Landau i Rydel.

— Prof. Dr. Przemysław Pieniążek mianowany został członkiem honorowym Towarzystwa laryngologicznego berlińskiego, obchodzącego w tym roku 50-lecie.

— Walne Zgromadzenie Krajowego Związku lekarzy odbyło się w Krakowie 18. I. 1914. Zgromadzenie przyjęło z uznaniem sprawozdanie Wydziału i uchwaliło podziękować Wydziałowi, szczególnie dr. Damskiemu, Stahrowi, Grzybowskiemu i Żydłowiczowi. Wspomnieć należy, że fundusz im. Jordana przekroczył w r. 1913 kwotę 38.000 kor., a z odsetek tego funduszu wypłacono przeszło 1300 K. zapomóg wdowom i sierotom, że Związek uzyskał w szeregu kas chorych poprawę bytu i warunków pracy lekarzy, że premie, wypłacane przez kasę doraźnej pomocy w razie śmierci lekarza, wyniosły dotąd przeszło 13.000 K. (obecnie premia wynosi 600 K.). Zgromadzenie uchwaliło zmienić stosunek Związku Krajowego do państwowego centralnego Związku w Wiedniu na wzór stosunku Organizacyi lekarzy czeskich (»Ustredni Jednota lekarů českych«). Na r. 1914 wybrano następujący Zarząd: prezes dr. Damski, wiceprezes prof. dr. Dobrowolski, sekretarze dr. Kostecki i Glatzel. skarbnicy dr. Grzybowski i Żydłowicz, członkowie Wydziału: dr. Bannet, Glassner, Jaugustyn, Rzegociński, Stahr. (Ustąpili z Wydziału prof. dr. Ciechanowski, dr. Luster i Weinsberg).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. I. do 10. I. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (obcych — † —), krztuśca 7 † — (— † —), ospy wietrznej — † — (— † —), płonicy 23 † — (6 † 1), odry 14 † — (— † —), duru brzusznego 3 † —, (3 † 2) czerwonki — † — (— † —), gorączki połogowej 1 † 1 (— † —), róży 1 † — (— † —) nagm. zapalenia ślinianek — † — (1 † —). Dr. Janiszewski.

Warszawa. Członkami honorowymi Towarzystwa lekarskiego warszawskiego zostali wybrani: dr. Dobrski, Gajkiewicz, Rejchman i Sokołowski z Warszawy, Chłapowski i Święcicki z Poznania.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 14. XII. 1913. do 10. I. 1914. przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 11 † 1, błonicy 2 † —, duru brzusznego 4 † —, gruźlicy płuc 3 † 1, zapalenia gruźliczego opon — † 2, zapalenia płuc 1. Do ambulatoryum szpitalnego zgłosiło się w tymże czasie przypadków: odry 8, ospy wietrznej 1, krztuśca 9. Dr. Brudziński.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 5. I. do 12. I. 1914 przypadków: ospy 3 † 2, płonicy 3 † —, róży 1 † —. Dr. Trenkner.

Z różnych stron. Schronisko dla lekarzy w Marienbadzie (Aerztliches Erholungsheim in Marienbad) ogłosiło swe sprawozdanie za r. 1913, który był trzecim rokiem działania tej instytucyi. W roku tym było 115 zgłoszeń na 63 miejsc wolnych. Korzystało bezpłatnie ze schroniska 59 lekarzy z Austryi i Niemiec, niektórzy z żonami, razem 91 osób. Korzystać ze schroniska można od maja do października: jedynym warunkiem jest należenie do Towarzystwa, które założyło i utrzymuje schronisko (wkładka roczna minimalna 5 koron). W r. 1914 rozdanych będzie 65 wolnych miejsc; pobyt w schronisku uwalnia zarazem od taks zdrojowych, daje prawo do bezpłatnych kąpieli, do rozmaitych opustów w teatrach, restauracyach i t. p. Przyznawanie wolnych miejsc na rok 1914 rozpoczyna się z d. 1 stycznia 1914. Podania z dołączeniem marki pocztowej na odpowiedź należy adresować: Vorstand des ärztliches Erholungsheims in Marienbad.

— Miesięcznik »Liječnički Vijesnik«, jedyne chorwackie czasopismo lekarskie, redagowane obecnie przez dr. Vladimira Jelovšeka, rozpoczęło 36. rok wydawnictwa od powiększenia rozmiarów i formatu i ujęcia działu zawodowo-lekarskiego w formę osobnego dodatku. W słowie od Redakcyi w Nr. 1. wyraża »Vijesnik« nadzieję, że poprą go swem współpracownictwem lekarze innych narodów słowiańskich, przedewszystkiem Polacy. Nadmienić należy, że wydawnictwo »Vijesnika« oparte jest na Towarzystwie lekarzy chorwackich. Liczy ono ogółem 470 członków, liczba ta zaś najlepiej objaśnia, jak trudne są warunki wydawania »Vijesnika«.

— W sprawach V. Zjazdu czeskich przyrodników i lekarzy, który odbędzie się w roku bieżącym, należy się zwracać do kancelaryi Zjazdu (Praha II, Vladislavová ul. 14) lub do generalnego sekretarza, prof. Frant. Slavika (Žižkov-Praha, Přemyslova 9).

— Uniwersytet londyński urządził w Departamencie bakteryologicznym Król. Kollegium seryę wykładów o anafilaksyi, które wygłosi dr. L. Rajchman. Dr. Rajchman jest Warszawianinem, wychowańcem Wszechnicy Jagiellońskiej, a obecnie kierownikiem wspomnianego Departamentu bakteryologicznego w Londynie.

Mianowani: Dr. Władysław Rodys naczelnym lekarzem szpitala dla dzieci przy ul. Kopernika w Warszawie; Dr. Ludwik Paszkiewicz ordynatorem w szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie, z pozostawieniem na stanowisku prosektora tegoż szpitala; okulista doc. Chalupecky i chemik doc. Sterba-Böhm profesorami nadzw. w uniwersytecie czeskim w Pradze; docenci chirurgii Katzenstein i Zondek profesorami w Berlinie; Doc. Wagener z Berlina profesorem laryngologii w Gryfii; fizyolog prof. Abderhalden z Halle dyrektorem nowo utworzonego Instytutu biologicznego w Dahlem.

Zmarli: Psychiatra prof. Hirschl w Wiedniu; ginekolog prof. Kessler w Dorpacie; internista doc. Wyss w Zürichu; okulista prof. Pfalz w Düsseldorfie; dr. Czesław Grabowiecki, bardzo zasłużony pracownik na polu narodowo-społecznem, w Mińsku lit. w 46 r. ż.

Redakcya otrzymała: Mayer: Ueber eine Methode, eminent grössere Röntgenstrahlenmengen als bisher zu erreichen (Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenstr. XXI). — Franke: 1) Badania nad zachowaniem się układu nerwowego wegetatywnego w okresie miesiączkowym. 2) Lewulozurya pokarmowa w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek (Tygodnik lek. 1913). 3) Tożsamo po niemiecku (Wiener klin. Wochenschrift 1913). — Edelmann i doc. Müller-Deham: Neue therapeutische Versuche bei allgemeinen u. lokalen Infektionen. (Deutsche med. Woch. 1913). — Szmurło: 1) Przypadek »neuritidis retrobulbaris«, wywołanej ropnem zapaleniem zatok sitowych tylnych oraz klinowej. 2) Tonsillotomia czy tonsillektomia? 3) O zgorzeli zewnętrznego przewodu słuchowego (Gaz. lek. 1913). — K. Kostanecki: 1) Ś. p. Henryk Kadyi. 2) Znaczenie morfologiczne fałdów otrzewnej około kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego człowieka (Przegl. lek. 1913). 3) Zur vergleichenden Morphologie des Blinddarmes (Anat. Hefte 1913). 4) Leonardo da Vinci jako anatom, odczyt inauguracyjny, oraz przemówienie przy otwarciu roku szk. 1913/14. 5) Ueber eigentümliche Degenerationserscheinungen des Keimbläschens. (Bull. Akad. Umiej. Kraków). 6) Stosunek kiszki ślepej do krezki grzbietnej w szeregu gromad kręgowców (Nowiny lek. 1913).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 28. stycznia 1914 w klinice medycznej (Kopernika 15) o godz. 6 wieczorem.** Przemawiać i okazywać będą chorych: Kol. Jaworski, Mayer, Nowaczyński, Wachtel na następujące tematy: 1) Analiza EKG przy odmiennym sposobie zdjęcia. 2) O nieznanej drodze wydobywania się tonów i szmerów sercowych. 3) Fotografowanie wyłącznie samego serca zapomocą promieni Rtg 4) Sposób prześwietlania promieniami Rtg, uzyskanymi w największej dotychczas ilości. 5) Ułatwiony sposób dokładnego osłuchiwania płuc i serca. 6) Najnowsze środki sercowe.

Nadesłane